

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 117

LA PLACE
DE
LA CÉSARIENNE BASSE
DANS LA THÉRAPEUTIQUE
DES HÉMORRAGIES DU PLACENTA PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 avril 1930

PAR

Jean-Baptiste-Étienne PASQUET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LAURENT-LA-VALLÉE (Dordogne), le 22 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur...	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 117

LA PLACE
DE
LA CÉSARIENNE BASSE
DANS LA THÉRAPEUTIQUE
DES HÉMORRAGIES DU PLACENTA PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 avril 1930

PAR

Jean-Baptiste-Étienne PASQUET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LAURENT-LA-VALLÉE (Dordogne), le 22 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur...	<i>Président</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS,..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARBIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Faible hommage de ma grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND'MERE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES D'ETUDE

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le gracieux accueil qu'il nous a
toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

Qui a inspiré ce travail.

Pour les conseils qu'il nous a prodigués dans les circonstances particulièrement difficiles de son élaboration.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique chirurgicale,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA PLACE

DE

LA CÉSARIENNE BASSE

DANS LA THÉRAPEUTIQUE

DES HÉMORRAGIES DU PLACENTA PRÆVIA

AVANT-PROPOS

L'hémorragie grave, liée à l'insertion basse du placenta, nécessite une intervention, mais quand et de quelle nature? Cette situation redoutable demande une décision prompte, capable de concilier les intérêts souvent opposés de la mère et de l'enfant.

Nous savons, en effet, combien graves sont ces hémorragies du placenta prævia, survenant généralement dans les trois derniers mois de la grossesse, parfois même au moment du travail seulement, compromettant, par leur abondance et leur répétition, la vie de la mère et de l'enfant.

Cette situation angoissante créée par l'hémorragie fait naître une indication formelle : vider l'utérus. « Quand le feu est dans la maison, il faut en tirer l'habitant », disaient les anciens accoucheurs.

Pour vider l'utérus, deux voies s'offrent à l'accoucheur : la voie naturelle, méthode obstétricale classique longtemps

employée par les accoucheurs, et la voie haute ou chirurgicale. Récemment, en effet, devant les mauvais résultats obtenus dans le placenta prævia avec les procédés obstétricaux, on en est venu à faire appel à la voie chirurgicale et à la considérer comme indiquée dans l'insertion basse.

Nous savions que depuis 1927, à la Maternité de Bordeaux, on avait appliqué dans bon nombre de cas la césarienne basse à la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. Sur les conseils du Docteur Balard, nous avons voulu connaître les résultats obtenus avec cette nouvelle méthode pour pouvoir les comparer aux résultats obtenus avec les procédés classiques, et, chiffres en mains, pouvoir prétendre fixer la valeur de ces différents procédés.

Hâtons-nous de dire que la question n'a pas encore reçu sa solution définitive. Cependant, que l'on soit abstentionniste ou interventionniste, on ne peut s'empêcher de constater une tendance de plus en plus marquée à employer dans de nombreux cas les procédés chirurgicaux, pour le plus grand avantage de la mère et de l'enfant.

Après quelques mots d'historique, nous exposerons, dans une première partie, les statistiques relevées sur les registres des Maternités de Bordeaux, et nous en interpréterons les résultats. Dans une deuxième partie, après avoir essayé d'établir les éléments de pronostic pour un cas clinique déterminé, nous discuterons la valeur intrinsèque et les indications respectives de ces différentes méthodes.

Avant d'entrer plus avant dans le sujet, qu'il nous soit permis de remercier ici le Docteur Balard, qui a inspiré ce travail et qui nous a guidé dans son élaboration; les professeurs Andérodias et Péry, qui ont bien voulu nous permettre de puiser dans les registres des maternités les chiffres de notre statistique.

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Comme les chirurgiens, qui hésitèrent longtemps devant l'ouverture de la cavité abdominale, les accoucheurs, jusqu'à la fin du siècle dernier, se limitèrent couramment aux interventions par voie vaginale. La césarienne n'était pratiquée que d'une façon exceptionnelle. En ce qui concerne le traitement des hémorragies du placenta prævia, il ne fut question pendant longtemps encore que des procédés obstétricaux, et la césarienne ne fut pas employée dans ces cas-là, alors qu'elle avait conquis droit de cité dans la thérapeutique de la dystocie.

C'est en Amérique, en 1892, que les premières interventions furent tentées. Mais il faut arriver en 1908 pour trouver en les accoucheurs allemands Krönig et Selheim des défenseurs de la césarienne comme traitement du placenta prævia. Nettement combattue au Congrès de Saint-Pétersbourg, en 1910, la césarienne est favorablement accueillie dans les pays saxons.

En 1912, au Congrès de Berlin, Couvelaire, développant les idées des accoucheurs français, estime que les indications de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia doivent être exceptionnelles. L'opinion des auteurs n'a évolué sur ce point que d'une façon progressive. L'année suivante, la question est encore discutée à Londres, et, malgré Doderlein, on accepte la césarienne dans des cas particuliers, mais les accoucheurs maintiennent leur opinion première.

Grosse, en 1921, réunit 25 observations françaises de césari-

riennes pour placenta prævia, et, au Congrès de Paris, en 1921, tous les accoucheurs s'accordent à n'employer la césarienne que dans des cas strictement limités.

Le Congrès d'Insbruck, en 1922, montre l'opinion allemande sur la question. Quoique dans l'ensemble on soit plus interventionniste que dans les pays latins, on est loin de la césarienne systématique, et on ne trouve qu'une indication formelle à l'intervention chirurgicale : le placenta couvrant, avec enfant vivant à terme et sans signes d'infection.

Jusqu'ici il n'a été question que de césarienne haute, corporéale. Selheim, cependant, en 1908, pratiquait déjà la césarienne supra-symphysaire. En 1923, Desoubry, élève de Brindeau, voit en la césarienne une méthode de choix dans le cas de placenta prævia central, dans le cas où, vu l'état du col, la voie basse est dangereuse. Il conclut systématiquement à la césarienne chez les primipares ayant présenté des signes indiscutables d'insertion vicieuse, invoquant toujours comme raison les risques que l'état du col peut faire courir à la femme; nous reviendrons sur ce point important. Il conclut à la césarienne basse dans la majorité des cas où il emploie le traitement chirurgical, mais laisse encore une assez grande place à la césarienne haute.

Depuis, en France, les indications des procédés chirurgicaux pour placenta prævia se sont un peu étendues. Dans les pays saxons, les idées de Krönig et Selheim sont unanimement acceptées. Ramos et Bason les rendent favorables en Amérique du Sud. Brodhead et Langrock les font accepter en Angleterre.

La césarienne basse s'est propagée en France grâce à l'active conviction de Shickelé et à l'enseignement de Brindeau. A Bordeaux, dès 1923, Balard s'en faisait le défenseur. C'est l'hystérotomie du segment inférieur, connue aussi sous le nom de césarienne supra-symphysaire.

La césarienne basse est actuellement en France l'opération classique. On l'a préférée à la césarienne haute surtout dans la thérapeutique des dystocies pelviennes. Appliquée à Bor-

deaux à la thérapeutique des hémorragies graves du placenta prævia, elle a donné, entre les mains d'Andérodias, Péry, Balard et Boursier, d'excellents résultats. Enfin, par son dernier article dans la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, Balard vient de mettre au point la question. C'est cet article surtout qui nous a inspiré dans l'élaboration de ce travail.

Parallèlement à l'emploi de la césarienne basse, plusieurs auteurs ont conseillé une thérapeutique nouvelle par application de la méthode d'évacuation extemporanée de l'utérus à la thérapeutique de ces hémorragies. Coll de Carrera s'en est fait tout dernièrement un ardent défenseur. Lorsque nous indiquerons la place de la césarienne basse, nous verrons aussi celle que cette méthode doit avoir.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE STATISTIQUE DU PLACENTA PRÆVIA
DANS LES MATERNITES DE BORDEAUX.

Pour pouvoir comparer les faits et nous faire une opinion sur la valeur des différents procédés employés dans la thérapeutique des hémorragies de l'insertion basse du placenta, et pour pouvoir donner une base de discussion de leurs valeurs comparatives, nous avons relevé dans les registres des maternités de Bordeaux tous les cas de placenta prævia central, partiel ou marginal dont les accidents s'étaient cliniquement manifestés par des hémorragies assez importantes, soit par leur répétition, soit par leur intensité, pour que la conduite à tenir pût prêter à discussion.

Il va sans dire, en effet, qu'il ne faut pas faire entrer dans cette question et d'une façon systématique l'ensemble de tous les cas de placenta prævia anatomiquement insérés sur le segment inférieur et qui ne se traduisent cliniquement que par la mensuration des membranes ou par leur rupture prématurée. Aussi il ne sera question que des cas se traduisant par des hémorragies importantes de la grossesse ou du travail, qui constituent les véritables hémorragies de l'insertion basse du placenta.

Statistique de la Maternité de Bordeaux.

Première période (de 1901 à 1927) : Traitement obstétrical.

Le 1^{er} chiffre indique le n° d'ordre. Le 2^e indique le n° du registre.

1901

1. (208). 1^{er} pare. 22 ans. A terme. Rupture des membranes.
Résultats : maternel, guérie le 10^e jour;
fœtal, vivant (2 kil. 900).
2. (225). 2^e pare. 26 ans. A terme. Rupture des membranes.
Résultats : maternel, guérie le 16^e jour;
fœtal, vivant (3 kil. 220).
3. (468). 6^e pare. 30 ans. 6 m. 1/2. Ballon. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, guérie le 10^e jour;
fœtal, mort.

1902

4. (450). 6^e pare. 32 ans. A terme. Rupture des membranes. Forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, guérie le 17^e jour;
fœtal, mort (4 kil. 400).
5. (574). 2^e pare. 26 ans. 8 mois.. Version par manœuvres internes après tamponnement.
Résultats : maternel, guérie le 15^e jour;
fœtal, vivant (2 kil. 320).

1903

6. (55). 7^e pare. 38 ans. A terme. Dilatation manuelle. Manœuvre de Champetier.
Résultats : maternel, guérie le 12^e jour;
fœtal, mort.
7. (281). 4^e pare. 33 ans. A terme. Accouchement normal.
Résultats : maternel, guérie le 12^e jour;
fœtal, vivant (3 kil. 620).
8. (408). 8^e pare. 33 ans, 8 mois.. Rupture des membranes. Grossesse gémellaire, abaissement du pied du 1^{er} enfant.
Résultats : maternels, suites fébriles;
fœtaux, vivants.
9. (508). 2^e pare. 22 ans, 8 m. 1/2. Rupture des membranes.
Résultats : maternel, guérie le 12^e jour;
fœtal, mort (2kil. 050).

1904

10. (243). 3^e pare. 35 ans. A terme. Rupture des membranes. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, infection utérine au 3^e jour; guérie le 22^e jour; fœtal, mort.
11. (496). 4^e pare. 38 ans. 8 m. 1/2. Décollement du placenta. Rupture des membranes. Forceps en G. A.
Résultats : maternel, infection utérine au 3^e jour; transéat isolément; fœtal, mort.
12. (767). 7^e pare. 35 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Dilatation manuelle. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, guérie le 9^e jour; fœtal, mort.

1905

13. (99). 4^e pare. 34 ans. 8 mois.. Dilatation manuelle. Forceps dans l'excavation.
Guérie le 10^e jour; enfant vivant (1 kil. 500).

1906

14. (67). 2^e pare. 28 ans. A terme. Dilatation manuelle après rupture des membranes. Forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, infection utérine; enfant mort (3 kil. 250).
15. (411). 2^e pare. 37 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Extraction.
Résultats : maternel, morte (anémie); fœtal, mort.
16. (593). 1^{re} pare. 27 ans. A terme. Rupture des membranes. Accouchement normal.
Résultats : maternel, guérie le 9^e jour; fœtal, vivant (2 kil. 940).
17. (610). 4^e pare. 35 ans. A terme. Ballon. Forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, guérie le 10^e jour; fœtal, mort (3 kil. 130).

1907

18. (575). 3^e pare. 30 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Dilatation manuelle. Version.
Résultats : maternel, guérie le 15^e jour; fœtal, mort (2 kil. 170).

19. (155). 2^e pare. 39 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Décollement du placenta. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, morte le lendemain d'anémie (rupture utérine); fœtal, mort.

1908

20. (257). 1^{re} pare. 25 ans. 8 mois. Rupture des membranes. Ballon. Expulsion.
Résultats : maternel, guérie le 11^e jour; fœtal, mort (2 kil. 050).
21. (480). 3^e pare. 39 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Expulsion.
Résultats : maternel, guérie le 16^e jour; fœtal, mort (1 kil. 450).

1909

22. (209). 4^e pare. 30 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Extraction par le siège.
Résultats : maternel, guérie le 13^e jour; fœtal, mort (1 kil. 540).
23. (275). 3^e pare. 32 ans. 9 mois.. Décollement du placenta. Rupture des membranes. Deux applications de forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, suites fébriles; guérie le 28^e jour; fœtal, mort (3 kil. 080).
24. (336). 2^e pare. 40 ans. 9 mois.. Dilatation manuelle. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, guérie le 10^e jour; fœtal, mort (2 kil. 830).
25. (337). 8^e pare. 33 ans. 9 mois.. Ballon. Dilatation manuelle. Forceps au détroit supérieur. Tamponnement.
Résultats : maternel, mort quelques heures après (anémie); fœtal, mort (2 kil. 840).
26. (735). 5^e pare. 29 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Dilatation manuelle. Abaissement du pied.
Résultats : maternel, suites fébriles; sort un mois après; fœtal, mort (1 kil. 920).
27. (769). 1^{re} pare. 29 ans. A terme. Rupture des membranes. Ballon. Forceps. Extraction facile.
Résultats : maternel, guérie le 10^e jour; fœtal, vivant (3 kil. 770).

1910

28. (274). 2^e pare. 24 ans. A terme. Rupture des membranes. Expulsion spontanée.
Résultats : maternel, guérie le 11^e jour ;
fœtal, vivant (2 kil. 400).
29¹. (402). 1^{re} pare. 29 ans. 8 mois. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, guérie le 12^e jour ;
fœtal, mort (2 kil. 450).

1913

- 29². (82). 3^e pare. 37 ans. A terme. Ballon. Dilatation manuelle. Forceps. Basiotripsie.
Résultats : maternel, suites fébriles
dès le 6^e jour ; fœtal, mort (2 kil. 930).

1914

- 29³. (159). 2^e pare. 25 ans. 8 m. 1/2. Forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, morte, rupture
utérine ; fœtal, mort (2 kil. 520).

1916

- 29⁴. 11^e pare. 45 ans. 7 mois. Rupture des membranes. Abaissement
du pied. Grande extraction du siège.
Tamponnement.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(2 kil. 020).

1918

30. (91). 10^e pare. 39 ans. 8 mois.. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, guérie le 18^e jour ;
fœtal, mort (2 kil. 520).
31. (346). 3^e pare. 35 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Forceps
impossible. Version par manœuvres
internes.
Résultats : maternel, mort ; fœtal,
mort.

1920

32. (726). 1^{re} pare. 45 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Ballon. For-
ceps dans l'excavation.
Résultats : maternel, guérie le 20^e jour ;
fœtal, mort (3 kil. 500).
33. (897). 6^e pare. 42 ans. 8 m. 1/2. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(2 kil. 400).

1921

34. (334). 2^e pare. 29 ans. A terme. Ballon. Application de forceps.
Résultats : maternel, suites fébriles;
fœtal, mort (3 kil. 790).

1922

35. (223). 2^e pare. 24 ans, 9 mois.. Ballon. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon, suites fébriles; fœtal, mort (3 kil. 790).
36. (665). 6^e pare. 34 ans. 7 mois.. Ballon. Expulsion.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(4 kil. 800).

1923

37. (182). 5^e pare. 36 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon, infection puerpérale; fœtal, mort (2 kil. 480).
38. (247). 1^{re} pare. 52 ans. 7 mois.. Ballon. Abaissement du pied.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(4 kil. 970).

1924

39. (156). 3^e pare. 26 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort^t
(4 kil. 540).
40. (230). 3^e pare. 26 ans. 8 mois.. Ballon. Extraction du siège. Forceps sur tête dernière.
41. (387). 11^e pare. 35 ans. 8 mois. Rupture des membranes. Accouchement spontané.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vivant (2 kil. 750); meurt le lendemain d'hémorragie ombilicale.
42. (474). 1^{re} pare. 26 ans. 7 m. 1/2. Rupture des membranes. Ballon. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort^t
(4 kil. 700).
43. (501). 15^e pare. 40 ans. 8 m. 1/2. Rupture des membranes. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(2 kil. 590).
44. (526). 2^e pare. 32 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Forceps au détroit supérieur.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vivant (2 kil. 970).

45. (720). 2^e pare. 28 ans. 8 m. 1/2. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(3 kil. 140).
46. (860). 7^e pare. 29 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Ver-
sion.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vi-
vant (5 kil. 350).

1925

47. (421). 9^e pare. 43 ans. 8 mois.. Accouchement spontané. Tamponne-
ment cervico-vaginal.
Résultats : maternel, morte d'anémie;
fœtal, mort (2 kil. 300).
48. (592). 4^e pare. 36 ans. 9 mois.. Ballon. Version. Tamponnement.
Résultats : maternel, morte d'anémie;
fœtal, mort (2 kil. 600).
49. (731). 2^e pare. 25 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Ver-
sion.
Résultats : maternel, morte d'anémie;
fœtal, vivant (1 kil. 30).
50. (896). 2^e pare. 32 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Ver-
sion.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(2 kil. 520).

1926

51. (82). 1^{re} pare. 26 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Ballon. For-
ceps dans l'excavation.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vi-
vant (3 kil. 530).
52. (309). 6^e pare. 41 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Abaissement
du pied.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vi-
vant (2 kil. 750).
53. (344). 5^e pare. 36 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Ballon. Ver-
sion.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
(2 kil. 150).
54. (654). 2^e pare. 28 ans. 9 mois.. Forceps dans l'excavation.
Résultats : maternel, bon; fœtal, vi-
vant (3 kil. 050).

Deuxième période (de 1927 à 1930) : Traitement éclectique obstétrical dans les cas cliniquement moins graves ; césarienne basse dans les cas jugés les plus graves.

1927

55. (403). 7^e pare. 42 ans. 8 mois.. Ballon. Braxton-Hicks. Transfusion.
Résultats : maternel, mort ; fœtal, mort
(2 kil. 050).
56. (194). 2^e pare. 42 ans. A terme. Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 600).
57. (195). 4^e pare. 25 ans. 9 mois.. Rupture des membranes. Abaissement
du pied.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, mort (2 kil. 750).
58. (203). 2^e pare. 21 ans. 7 mois.. Grande extraction du siège.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
le lendemain (1 kil. 600).
59. (221). 3^e pare. 24 ans. 7 m. 1/2. Ballon. Braxton-Hicks.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(1 kil. 920).
60. (408). 2^e pare. 27 ans. 8 mois.. Ballon. Expulsion spontanée.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(2 kil. 620).
61. (662). 1^{re} pare. 39 ans. 9 mois.. Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (3 kil. 450).
62. (680). 3^e pare. 38 ans. 9 mois.. Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (3 kil. 810).

1928

63. (24). 5^e pare. 29 ans. A terme. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, vivant (3 kil. 780).
64. (80). 3^e pare. 23 ans. 9 mois.. Braxton-Hicks. Rupture du col. Le
7^e jour, hémorragie secondaire.
Hystérectomie totale.
Résultats : maternel, mort le 13^e jour
(embolie) ; fœtal, vivant (3 kil. 530).
65. (351). 2^e pare. 29 ans. 9 mois.. Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (3 kil. 130).
66. (593). 1^{re} pare. 25 ans. 9 mois.. Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
avant l'opération (3 kil. 220).

67. (624). 1^{re} pare. 31 ans. A terme. Césarienne basse. Éther.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
avant l'opération (4 kil. 370).
68. (717). 1^{re} pare. 32 ans. 7 mois.. Évacuation extemporanée à la Delmas.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant, mort le lendemain (4 kil. 800).
69. (815). 1^{re} pare. 21 ans. A terme. Césarienne basse. Rachi. Éther.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 900).
70. (862). 4^e pare. 28 ans. 8 mois.. Ballon. Extraction du siège.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 670).

1929

71. (57). 2^e pare. 26 ans. 8 m. 1/2. Césarienne basse. Éther.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
pendant préparatifs (2 kil. 900).
72. (111). 2^e pare. 30 ans. 8 mois.. Dilatation manuelle. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 600).
73. (144). 3^e pare. 26 ans. 8 m. 1/2. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, vivant (2 kil. 320).
74. (302). 1^{re} pare. 26 ans. 8 m. 1/2. Césarienne basse. Éther.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (3 kil. 200).
75. (419). 4^e pare. 29 ans. 8 m. 1/2. Césarienne basse. Éther.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 250).
76. (442). 2^e pare. 35 ans. 9 mois.. Morphine pour contracture. Version.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, mort (2 kil. 750).
77. (477). 1^{re} pare. 25 ans. 6 mois.. Ballon. Braxton-Hicks.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(1 kil. 130).
78. (601). 5^e pare. 35 ans. 9 mois.. Césarienne basse. Chloroforme.
Résultats : maternel, bon (petites
embolies pulmonaires) ; fœtal, vi-
vant (3 kil. 070).
79. 5^e pare. 39 ans. 8 mois..... Césarienne basse. Rachianesthésie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vi-
vant (2 kil. 520).

**Statistique de la Clinique d'accouchements
(1901-1930).**

1901

83. (126). 2^e pare. 25 ans. 8 mois.. Dilatation manuelle. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort.

1902

84. 2^e pare. 32 ans. A terme..... Version par manœuvres internes.
Basiotripsie sur tête dernière.
Résultats : maternel, morte (septicémie) ; fœtal, mort.

1903

85. (1). 4^e pare. 29 ans. A terme. Version. Tamponnement.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort.
86. (25). 3^e pare. 30 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Expulsion.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort le lendemain.
87. (475). 4^e pare. 27 ans. 7 mois.. Version. Tamponnement.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, bon.

1904

88. (95). 2^e pare. 27 ans. 7 mois.. Extraction du siège.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort.
89. (347). 3^e pare. 27 ans. 9 mois.. Braxton-Hicks.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort.

1905

90. (63). 2^e pare. 34 ans. 8 m. 1/2. Accouchement spontané.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vivant (3 kil. 100).
91. (166). 6^e pare. 34 ans. A terme. Dilatation bimanuelle. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vivant (2 kil. 920).
92. (438). 3^e pare. 28 ans. 7 m. 1/2. Version par manœuvres internes.
Déchirure du col. Tamponnement.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (2 kil. 110).

1906

93. (232). 2^e pare. 21 ans. 8 mois.. Ballon. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (1 kil. 800).

1907

94. (2). 2^e pare. 24 ans. 8 mois.. Epaule engagée. Embryotomie.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(1 kil. 275).
95. (57). 3^e pare. 23 ans. 8 m. 1/2. Rupture des membranes. Ballon.
Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
le 3^e jour (2 kil. 420).
96. (75). 13^e pare. 30 ans. 8 mois.. Ballon. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal,
vivant (2 kil. 150).
97. (219). 1^{re} pare. 22 ans. 8 m. 1/2. Dilatation manuelle. Version. For-
ceps sur tête dernière.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, vivant (2 kil. 650).
98. (426). 7^e pare. 32 ans. 8 m. 1/2. Rupture des membranes. Expulsion.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, mort (3 kil. 200).

1908

99. (174). (6^e pare). 33 ans. 8 mois. Accouchement spontané.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, bon.

1909

100. (214). 6^e pare. 39 ans. A terme. Expulsion spontanée. Déchirure du
col. Péritonite. Transéat isolément.
Résultat : fœtal, mort (2 kil. 900).
101. (281). 1^{re} pare. 22 ans. 8 mois.. Application de forceps.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vivant
(2 kil. 450).

1911

102. (168). 4^e pare. 27 ans. 6 mois.. Rupture des membranes.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort
(900 grammes).
103. (50). 4^e pare. 34 ans. A terme. Rupture des membranes. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal,
vivant (2 kil. 500).

1912

104. (219). 5^e pare. 29 ans. 7 mois.. Grande extraction du siège.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles ; fœtal, mort (1 kil. 890).
105. (356). 2^e pare. 35 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Accouche-
ment spontané.
Résultats : maternel, bon ; fœtal,
vivant (1 kil. 910).

1913

106. (51). 2^e pare. 19 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Extraction du siège.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (1 kil. 900).

1914

107. (135). 1^{re} pare. 17 ans. 7 mois.. Rupture des membranes. Expulsion spontanée.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (2 kil. 035).
108. (154). 2^e pare. 32 ans. A terme. Rupture large des membranes.
Résultats : maternel, morte (anémie) ; fœtal, mort.

1916

109. (650). 4^e pare. 30 ans. 7 mois.. Ballon. Expulsion spontanée.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (2 kil. 500).
110. (55). 1^{re} pare. 20 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Expulsion.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, vivant (2 kil. 770).

1917

111. (90). 4^e pare. 34 ans. A terme. Rupture des membranes. Abaissement du pied.
Résultats : maternel, morte le lendemain (éclampsie) ; fœtal, mort (4 kil. 230).

1918

112. (29). 8^e pare. 35 ans. 7 m. 1/2. Dilatation manuelle. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (2 kil. 450).
113. (376). 3^e pare. 31 ans. A terme. Dilatation manuelle. Version.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (3 kil. 700).
114. (396). 4^e pare. 37 ans. A terme. Perforation du placenta. Abaissement du pied.
Résultats : maternel, bon, suites fébriles ; fœtal, mort (2 kil. 550).
115. (553). 2^e pare. 23 ans. 7 m. 1/2. Ballon. Version par manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon ; fœtal, mort (3 kil. 050).

1922

116. (110). 2^e pare. 25 ans. A terme. Rupture des membranes. Extraction.
Résultats : maternel, bon; fœtal,
vivant (3 kil. 200).

1924

117. (117). 2^e pare. 27 ans. A terme. Rupture des membranes. Expulsion.
Résultats : maternel, bon, suites
fébriles; fœtal, vivant (3 kil. 975).
118. (24). 1^{re} pare. 29 ans. 8 mois. Dilatation manuelle. Application de
forceps.
Résultats : maternel, bon; fœtal, mort
le 2^e jour (3 kil. 120).

1925

119. (24). 2^e pare. 24 ans. 8 m. 1/2. Ballon. Forceps au droit supérieur.
Résultats : maternel, bon; fœtal,
mort (3 kil. 380).
120. 3^e pare. 25 ans. 7 m. 1/2..... Rupture des membranes. Version par
manœuvres internes.
Résultats : maternel, bon; fœtal,
mort (1 kil. 900) (1).

1927

121. 1^{re} pare. 32 ans. A terme..... Césarienne corporéale. Rachianes-
thésie.
Résultats : maternel, bon; fœtal,
vivant (3 kil. 300) (1).

1928

122. (752). 2^e pare. 25 ans. 8 mois.. Rupture des membranes. Dilatation
manuelle. Forceps.
Résultats : maternel, bon, suites fébri-
les; fœtal, vivant (2 kil. 710).
123. 3^e pare. 34 ans. 8 mois..... Rupture des membranes. Dilatation
rapide.
Résultats : maternel, bon, suites fébri-
les; fœtal, mort (3 kil.) (1).

(1) Gaulret et Veyssière, Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux,
7 février 1928.

. INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA STATISTIQUE

I. — Fréquence.

Loin de toujours entraîner une hémorragie, l'insertion vicieuse n'est la cause de complications que dans un nombre assez limité de cas, et c'est en raison de leur extrême gravité qu'on les croit sans doute plus fréquents qu'ils ne le sont en réalité.

Notre statistique s'appuie sur un chiffre global de 40.000 accouchements environ. Dans ces 40.000 accouchements, nous relevons 123 hémorragies graves par placenta prævia. Le pourcentage obtenu est donc environ de 1 placenta prævia pour 300 accouchements. Nous sommes donc très près du chiffre donné par Brindeau et Jeannin dans la *Pratique de l'art des accouchements* (1927), qui est de 1 p. 250. Certains arrivent au chiffre plus élevé de 1 p. 150 (Desoubry) et même de 1 p. 100, mais ils font sans doute entrer en ligne de compte, comme le fait remarquer Balard, les cas très bénins d'hémorragies de la grossesse, que la rupture prématurée des membranes, survenue avant tout début de travail, a empêché de se reproduire.

Ces chiffres ne sont valables que pour le pourcentage des hémorragies graves dues au placenta prævia dans les maternités. Mais en considérant la totalité des accouchements, ces hémorragies deviennent un fait clinique relativement rare. Sur près de 900.000 cas, Müller en trouve 1 pour 1.078 accouchements. Schoenwald, 1 cas sur 750.

Comment envisager la question de la parité? Habituellement, on considère que si on totalise l'ensemble des cas de placenta prævia, on trouve plus de multipares que de primi-

pare. L'auteur allemand Radecki montre que si on groupe, d'après leur parité, les différentes femmes présentant une insertion vicieuse, on trouve chez les primipares le pourcentage de fréquence le plus élevé (16 p. 100). D'après notre statistique, nous arrivons au chiffre approximatif de 17 p. 100.

Sur 123 femmes, nous relevons :

- 22 primipares, soit 17,5 p. 100;
- 37 secondipares, soit 30 p. 100;
- 20 tertipares, soit 16,5 p. 100;
- 44 multipares (de 4 à 15 enfants), 35,5 p. 100.

Comme on peut s'en rendre compte, le placenta prævia est plus fréquent chez les multipares que chez les primipares. On voit d'ailleurs que les secondipares et tertipares réunies apportent le pourcentage le plus gros.

II. — Résultats du traitement obstétrical.

Les procédés obstétricaux employés dans les maternités de Bordeaux, depuis 1901 jusqu'à l'heure actuelle, pour le traitement des hémorragies du placenta prævia, sont surtout :

- La rupture des membranes;
- Le ballon de Champetier de Ribes;
- La dilatation méthodiquement rapide;
- Rarement le décollement du placenta.

Dans 108 cas, on a employé le traitement obstétrical. Nous ne comprenons pas là dedans les 3 cas où l'accouchement s'est fait spontanément (Obs. VII, XC. IC), sans thérapeutique obstétricale active; 74 fois ces manœuvres se sont terminées par la mort de l'enfant.

La mortalité fœtale en bloc est donc de 68,52 p. 100. Mais la méthode n'est pas responsable de la totalité des 74 décès rapportés, car 16 enfants pesaient moins de 2 kilos et étaient inaptes à vivre, et 4 moururent le lendemain, dont 1 d'hémor-

ragie ombilicale (Obs. XLI). Par conséquent, nous tombons à la mortalité fœtale d'environ 50 p. 100.

Pour ce qui est de la mortalité maternelle, nous relevons 13 femmes mortes : 12 moururent dans les heures qui suivirent l'intervention, 1 succomba quinze jours après l'accouchement à la suite d'hémorragie secondaire traitée par l'hystérectomie (Obs. LXIV). Nous obtenons donc le chiffre de mortalité maternelle de 11,92 p. 100. Ce chiffre est moins élevé que celui que donne Balard, qui est de 16,33 p. 100. Mais nous ferons remarquer qu'il a sans doute dû tomber sur une série malheureuse, car sa statistique ne porte que sur 13 années et a été faite à la Maternité seulement, alors que la nôtre porte sur 30 années et a été faite à la Maternité et à la Clinique d'accouchements. De plus, 9 fois (Obs. I, II, IX, XXVIII, XLI, LXXXVI, XCVIII, CV et CVII) l'accouchement s'est terminé sans complications après rupture simple des membranes; si nous ne les comprenons pas dans la statistique, nous arrivons au chiffre de 13,20 p. 100.

Comme on peut le voir, ces chiffres sont assez élevés. Dans la thèse de Désoubry, nous relevons les chiffres suivants de mortalité maternelle :

Clinique Baudeloque (1893 à 1908), 6,7 p. 100;

Service Bar (1897 à 1912), 9,2 p. 100;

Maternité de Lyon (1903 à 1911), 7,78 p. 100.

Il est bien évident que là-dedans on a encore fait entrer tous les cas de placenta anatomiquement prævia et dont les symptômes cliniques se sont aussi bien manifestés par des hémorragies graves que par la simple mensuration des membranes.

Il est classique d'admettre que le pronostic du placenta prævia est singulièrement plus grave chez les primipares que chez les multipares. Nous avons déjà fait remarquer que Désoubry prétend que le traitement obstétrical pour placenta prævia ne doit pas s'appliquer aux primipares, car, chez elles,

le col est beaucoup plus difficile à forcer que chez les multipares. Il est d'accord d'ailleurs sur ce point avec la plupart des auteurs.

Balard vient tout dernièrement encore de faire remarquer que ses statistiques « s'inscrivent en faux contre cette assertion ». Les nôtres confirment l'opinion de Balard. En ce qui concerne la mortalité maternelle, nous n'avons perdu aucune primipare. Il s'agit :

- 6 fois de deuxièmipares (Obs. XV, XIX, XLIX, XXIX *ter.* LXXXIV, CVIII);
- 2 fois de tertipares (Obs. XXI, LXIV);
- 2 fois de quartipares (Obs. XLVIII, CXI);
- 1 fois de septièmipare (Obs. LV);
- 1 fois de huitièmipare (Obs. XXV);
- 1 fois de neuvièmipare (Obs. XLVII).

Ces femmes étaient relativement âgées. Une deuxièmipare n'avait que 25 ans, une troisièmipare n'avait que 23 ans, mais toutes les autres étaient âgées de 30 à 42 ans. Les autres deuxièmipares qui moururent avaient 37, 39, 32 et 32 ans.

Par contre, la mortalité foetale chez les primipares est particulièrement élevée : sur 15 femmes traitées obstétricalement, nous relevons 9 morts d'enfants, ce qui nous fait une mortalité foetale de 60 p. 100. Ces chiffres sont assez élevés pour prouver que, chez les primipares, avec les méthodes obstétricales, les intérêts de la mère et de l'enfant sont en opposition. L'accoucheur doit cependant chercher à sauvegarder deux existences qui se compromettent l'une l'autre.

Sur les 13 décès, un survint le quinzième jour et fut dû à une hémorragie secondaire et embolie consécutives à une rupture cervico-segmentaire, pour laquelle on n'avait employé que le tamponnement (Obs. LXIV). Un décès fut dû à une septicémie (Obs. LXXXIV); un autre à une crise d'éclampsie (Obs. CXI); 7 autres moururent immédiatement après l'opération ou quelques heures après, d'anémie aiguë et collapsus cardiaque, sans lésion utérine cliniquement appréciable; mais

les autopsies ne furent pas pratiquées. C'est au cours de celles-ci qu'on trouve souvent des dilacérations cervico-segmentaires qui étaient passées inaperçues à l'examen clinique. Trois décès enfin purent être attribués à des ruptures cervico-segmentaires constatées; ce qui, avec le cas dû à l'hémorragie secondaire, porte à 4 sur 13 le nombre des décès imputables sûrement à l'extraction de l'enfant.

D'autre part, et sur ce point nos statistiques s'accordent assez bien avec les données classiques, nous avons eu à déplorer 2 décès : l'un de septicémie (Obs. LXXXIV), l'autre d'hémorragie secondaire et embolie (Obs. LXIV). Sur les 96 femmes qui survécurent, nous trouvons 28 cas de suites fébriles : les unes peu graves, les autres nécessitant le transat dans un service d'isolement dans un état alarmant. Cela fait donc une morbidité due à l'infection de 29 à 30 p. 100. Bar, en 1913, fixe à 6 p. 100 la proportion des décès par infection dans l'insertion vicieuse. Il importe d'en tenir compte, car ces risques d'infection diminuent considérablement la valeur de la thérapeutique obstétricale active du placenta prævia.

Tels sont donc les résultats obtenus dans les maternités de Bordeaux avec le traitement obstétrical. Nous pouvons dire d'ores et déjà qu'une méthode qui a à son passif une mortalité maternelle de près de 12 p. 100 et une mortalité fœtale de 50 p. 100 est condamnable.

Avant d'entreprendre l'analyse des résultats obtenus avec la césarienne basse, qu'on nous permette de rapporter ici, pour illustrer les faits et les objectiver, l'observation détaillée d'un cas de placenta prævia que Balard a observé dans sa clientèle et qui a déjà fait l'objet d'une leçon clinique au cours de perfectionnement des sages-femmes. L'histoire de cette malade constituera une charge de plus contre le traitement des hémorragies graves du placenta prævia par les procédés classiques. Voici les faits rapportés par Balard :

Le 26 septembre 1929, à 16 heures, je fus appelé par une sage-femme auprès d'une multipare très proche du terme, chez qui elle avait diagnostiqué une présentation de l'épaule.

Je connaissais cette malade pour avoir déjà été appelé en consultation auprès d'elle, il y a 6 ans, pour des hémorragies à répétition survenues au cours de sa première grossesse. J'avais posé le diagnostic d'insertion basse, qui fut vérifié plus tard par l'examen du placenta.

Trois ans après, une grossesse survint et se passa, ainsi que l'accouchement, sans incident.

Actuellement, enceinte une troisième fois, elle n'avait rien accusé d'anormal durant sa grossesse.

Je constatai une présentation de l'épaule avec utérus très fortement développé dans le sens transversal. La multiparité pouvait suffire à expliquer cette présentation de l'épaule. Mais, au toucher, je trouvai le col largement perméable et, sans hésitation possible, mon doigt rencontra dans l'orifice cervical des cotylédons placentaires et non pas les membranes que je m'attendais à y trouver. Un examen attentif confirma mon diagnostic de placenta prævia, et nulle part à la périphérie je ne trouvai trace de membranes. C'était lui qui avait imposé une présentation de l'épaule.

Par une chance inespérée, l'hémorragie ne s'était pas encore produite, mais le travail pouvait se déclancher d'un moment à l'autre et provoquer immanquablement des accidents.

D'une part, en effet, ce pouvait être l'hémorragie si les membranes résistaient, et, d'autre part, si le travail débutait par la perte des eaux, éventualité moins probable dans ce cas, c'était la menace d'une présentation plus ou moins irréductible de l'épaule. Il importait donc de prévenir ces complications. J'eus tôt fait de convaincre la famille et de lui montrer que la gravité de mes constatations exigeait le transport dans un maison de santé.

J'étais hésitant sur la conduite à tenir et je dois reconnaître que nulle pression ne fut faite sur moi par l'entourage, si bien que j'avais le libre choix entre une césarienne prophylactique ou la thérapeutique obstétricale ordinaire en dilatant le col à l'aide d'un ballon.

Je décidai de vérifier une fois encore mon diagnostic et, surtout, de compléter mon exploration par un examen sous chloroforme.

Ayant introduit profondément la main, je constatai que si l'ori-

fice cervical était bien largement recouvert par le placenta, celui-ci n'empiétait pas sur toute la surface du segment inférieur. En avant, on arrivait sur les membranes. Ce n'était donc pas un placenta central, il s'agissait en outre d'une multipare à col très souple et déjà largement déhiscent. Séance tenante, je mis en place un gros ballon. Il était alors 19 h. 30.

Trois heures après, la dilatation était complète. Mais après avoir enlevé le ballon, l'utérus resta tellement inerte que ma main s'enfonça dans le sac membraneux sans parvenir à le rupturer. Ayant fini par rompre les membranes, je fis une version sans difficulté et je pus extraire un enfant vivant de 3 kg. 500. Tout aussitôt, une hémorragie importante se déclara : le placenta décollé était déjà dans le vagin. La délivrance faite, l'utérus resta inerte et, malgré le massage, les injections chaudes, l'ergotine, le sang coulait toujours en abondance. La situation commençait à être critique. Enfin, l'hémorragie, par inertie, s'arrêta, mais elle avait été très considérable. Du reste, tout aussitôt, l'état général fut touché bien que le pouls durant tout le cours de ce drame, sauf aux dernières minutes, n'eût jamais dépassé 80. Du sérum et des toni-cardiaques furent aussitôt administrés.

Depuis lors, l'utérus se maintint assez complètement rétracté, pourtant on notait un mince suintement continu sans arrêt, si bien que je fus amené à pratiquer un tamponnement. L'exploration du segment inférieur, pratiqué alors, ne me permit pas de reconnaître de lésion du canal cervico-segmentaire.

Le tamponnement fut bientôt traversé, j'en fis un second et je crus alors constater en arrière du segment inférieur, dans la région même de l'insertion placentaire, que la surface utérine était quelque peu dilacérée.

Je pratiquai une injection intra-veineuse de sérum et je fis venir le docteur Mangé, qui conclut comme moi à l'hystérectomie immédiate.

Anesthésie à l'éther. A l'ouverture du ventre, on constata des suffusions sanguines sous-péritonéales, en arrière de l'utérus, dans toute la région du paramètre, et, en un point, la séreuse périto-

néale avait éclaté, quelques gouttes de sang étaient même tombées dans le Douglas.

Hystérectomie et hémostase difficiles en raison de la dilacération des tissus. Du côté droit, on dut même laisser sur l'utérine une pince à demeure.

La malade, très shockée, fut rapportée dans son lit, et là, en moins d'un quart d'heure, elle succomba, malgré une thérapeutique intense et des injections intra-veineuses de sérum et d'adrénaline. Il était 1 heure du matin, soit deux heures et demie après l'accouchement.

‘Opposons maintenant à l'expérience si coûteuse et si longtemps prolongée de la thérapeutique obstétricale les résultats chirurgicaux obtenus par la pratique de la césarienne basse.

III. — Résultats obtenus par la césarienne basse.

La difficulté du pronostic de l'accouchement en cas d'insertion basse, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de dire comment évoluera le travail, le fait qu'on est ignorant de la façon dont se comportera le segment inférieur, l'existence des dangers graves que peut courir la parturiente en raison de l'implantation anormale de son œuf, ont décidé les chefs de service de la Maternité de Bordeaux à employer le traitement chirurgical. A la Clinique d'accouchement les tendances chirurgicales ont été moins nettes. Nous savons cependant que le Professeur Andérodias a employé personnellement la césarienne basse, dans bon nombre de cas de sa clientèle, avec succès.

Depuis 1927, dans le service de la Maternité, on a pratiqué, vis-à-vis des hémorragies graves du placenta prævia, une thérapeutique éclectique. On a traité par la césarienne basse les cas jugés les plus graves au point de vue clinique, et on a continué à employer les moyens obstétricaux ordinaires dans les cas en apparence les moins graves. C'est ainsi que sur

25 cas, 12 ont été opérés par voie haute, et 13 par les procédés habituels.

Sur les 13 malades ayant subi le traitement obstétrical, nous relevons deux morts (Obs. LV, LXIV), tandis que, sur les 12 cas traités par la césarienne basse, on a eu 12 succès.

Ces 12 césariennes furent pratiquées chez des malades dont le pronostic clinique était en apparence plus grave, tant par l'abondance de l'hémorragie et la précarité de l'état général que par l'état du col. Dans tous les cas il ne s'est jamais agi de placenta marginal, toujours au contraire de placenta prævia central ou tout au moins recouvrant largement l'orifice utérin.

Pour ce qui est de la parité, cinq fois il s'agissait de primipares, deux fois de secundipares, une fois de tertipare, une fois de quartipare, deux fois enfin de femmes qui en étaient à leur cinquième grossesse.

L'âge des malades était 6 fois inférieur à 30 ans et s'échelonnait ensuite de 32 à 42 ans.

Beaucoup de ces femmes avaient déjà reçu en ville un traitement médical pour leurs hémorragies. Elles avaient été touchées, parfois même tamponnées. Cependant la morbidité était assez réduite, bien que plusieurs d'entre elles aient eu une légère élévation de température au moment de l'intervention. Malgré tout, une seule d'entre elles a eu des suites fébriles et a présenté de petites embolies pulmonaires dans les suites opératoires (Obs. LXXVIII).

Les résultats obtenus ont été merveilleux tant au point de vue maternel qu'au point de vue fœtal. En effet, nous ne relevons aucun décès parmi les enfants qui étaient vivants au moment de l'opération. Mais deux d'entre eux avaient déjà succombé à la suite d'hémorragies particulièrement abondantes de la mère (Obs. LXVI, LXVIII) et l'autre mourut pendant les préparatifs de l'opération (Obs. LXXI).

En effet, bien que le pronostic fœtal se trouve considérablement modifié avec la pratique de la césarienne, il ne faut pas s'attendre à trouver avec celle-ci une mortalité nulle.

Nous n'avons qu'à consulter n'importe quelle statistique pour nous rendre compte combien les enfants dont le placenta est inséré bas sont parfois des prématurés et des débiles qui auront des chances de mourir dans les jours qui suivent la naissance, à moins que l'abondance de l'hémorragie ne les ait fait déjà succomber avant l'opération.

En pratique, on peut dire cependant que, lorsque la césarienne est judicieusement appliquée, la mortalité fœtale est nulle, si l'enfant est vivant avant l'opération. Dans les mêmes conditions, les procédés obstétricaux nous ont donné une mortalité fœtale de 50 p. 100.

On peut donc conclure déjà à la supériorité des procédés chirurgicaux vis-à-vis de l'enfant. Grâce à la chirurgie, contrairement à autrefois, l'enfant compte aujourd'hui dans le placenta prævia.

La voie haute n'a pas été moins heureuse au point de vue maternel. Nous ne relevons, en effet, aucun décès dans les 12 cas traités par la césarienne. Là encore s'affirme la supériorité des procédés chirurgicaux.

Encore une fois pour illustrer les faits, rapportons ici l'observation de deux femmes qui ont subi la césarienne basse pour placenta prævia (observations relevées dans les registres de la Maternité de Bordeaux).

N., secondipare, 42 ans, à terme. Entre à la Maternité le 22 février 1927, à 16 heures, pour hémorragie considérable ayant débuté dans la matinée.

A son arrivée, présentation très élevée qui attire l'attention. Au toucher, on tombe sur des cotylédons placentaires recouvrant largement l'orifice utérin. Après le toucher, l'hémorragie redouble. On décide de pratiquer une césarienne basse.

Pouls à 95.

Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 7; Io, 6.

Césarienne du segment inférieur sous rachi-anesthésie (alcoïne 0,08).

Extraction facile du fœtus. Délivrance. Les membranes se déchirent. Ecouvillonnage.

Très bonne rétraction utérine.

Etat général immédiat excellent. Pouls à 80.

Enfant vivant, 2 kg. 600.

La mère et l'enfant sortent en très bon état le vingt et unième jour.

N..., primipare, 26 ans. Aucun antécédent. A terme. Entre à la Maternité pour hémorragie.

A commencé à perdre, il y a une quinzaine de jours, et l'hémorragie avait été si inquiétante qu'un médecin appelé d'urgence avait pratiqué un tamponnement. Dans les jours qui suivirent, elle continua à perdre.

A son arrivée, le 20 mars 1929, on trouve une tête débordant au-dessus de la symphyse pubienne. Le toucher montre que le segment inférieur est séparé de la présentation par une masse molle qui est le placenta : des cotylédons placentaires occupent l'aire de dilatation.

Césarienne basse avant le début du travail.

Anesthésie à l'éther.

Très bonne rétraction utérine après la délivrance.

Suites opératoires normales.

Enfant de 3 kg. 200, vivant.

La mère et l'enfant sortent en parfait état le vingt-cinquième jour.

La simplicité de ces deux interventions, comparée à l'accouchement dramatique dont nous parlions plus haut, les heureux résultats obtenus, nous font comprendre déjà pourquoi on devient de plus en plus interventionniste dans le traitement des hémorragies graves du placenta prævia.

Dans cette première partie, nous venons de voir les résultats obtenus avec les méthodes classiques et les méthodes chirurgicales. Voyons maintenant, dans une deuxième partie, la valeur intrinsèque de ces différents procédés et leurs indications respectives.

Pour juger de la valeur intrinsèque des méthodes actives employées actuellement dans le placenta prævia, et surtout pour pouvoir en apprécier les indications comparatives, il importe d'abord que nous soyons fixés, dans un cas donné, sur les différents éléments qui nous permettent d'établir le pronostic, tant en ce qui concerne l'importance des hémorragies que l'état local du col et les réactions défensives générales de la parturiente vis-à-vis des hémorragies.

DEUXIÈME PARTIE

LES ELEMENTS DU PRONOSTIC DES HÉMORRAGIES DU PLACENTA PRÆVIA

Dans la plupart des traités classiques, nous lisons que la gravité du pronostic des hémorragies par insertion basse est proportionnelle au degré même de cette insertion vicieuse. Les hémorragies seraient donc d'autant plus graves que le placenta recouvre plus largement le segment inférieur. De ce fait, s'inscrivent en gravité croissante les variétés centrale, partielle et marginale.

Mais nous savons que le diagnostic de ces diverses variétés n'est pas toujours facile à établir. En effet, ce n'est que par le toucher intracervical que l'on peut arriver à un diagnostic assez précis; mais, encore qu'il ne soit pas recommandable, ce toucher n'est pas toujours possible. Certes, parfois, le doute n'est pas permis, la dilatation rendant possible l'introduction du doigt dans le col et permettant d'arriver sur le placenta, qu'on trouve recouvrant l'orifice cervical; on pourra, dans ce cas, poser le diagnostic de variété recouvrante, mais on ne peut conclure cependant à une variété centrale, l'orifice du col ne permettant pas alors une exploration suffisamment étendue. La variété marginale pourra de cette façon aussi être assez facilement diagnostiquée.

Faisons remarquer qu'il ne faudra pas prendre pour des cotylédons les caillots que le doigt peut trouver dans le col.

Le toucher intracervical risque de ramener au niveau de

l'œuf des germes provenant des parties basses du vagin. Si l'on se décide à le pratiquer lorsque le col est perméable, il doit en tout cas être unique et se faire d'une façon strictement aseptique.

Quelques auteurs ont voulu voir en la précocité, la répétition et l'abondance des hémorragies des éléments d'appréciation suffisants pour diagnostiquer d'une façon certaine le degré d'insertion vicieuse du placenta. Mais il est bien évident qu'on ne peut tirer de là que de vagues présomptions en faveur de telle ou telle variété, des variétés marginales donnant parfois des hémorragies plus abondantes que des variétés centrales.

Jusqu'à l'heure actuelle, les auteurs ont vu en l'état du col et le degré de parité de la femme le principal élément de pronostic. Desoubry y a même vu un élément capital de décision opératoire. Il conseille d'agir d'une façon diamétralement opposée selon qu'il s'agit de primipares ou de multipares. Pour les premières il emploie la césarienne, pour les secondes il aime mieux s'en tenir aux procédés obstétricaux. Nous avons dit que, d'accord avec celles de Balard, nos statistiques prouvent qu'avec les procédés obstétricaux le pronostic du placenta prævia est plus grave chez les multipares que chez les primipares, puisque nous n'avons perdu aucune primipare. A quoi faut-il attribuer cette gravité du placenta prævia chez les multipares? Balard en donne une excellente explication : « Cette gravité est parfaitement justifiée. Il s'agit de femmes relativement âgées (de 25 à 42 ans), usées par des grossesses nombreuses (une huitième, une neuvième), par le travail, les fatigues et les maladies antérieures. En un mot, ce sont des femmes dont la robustesse physique est très diminuée vis-à-vis des primipares plus jeunes. Aussi ne peuvent-elles faire les frais d'un choc hémorragique quelque peu accusé. » Dans plusieurs cas, en effet, on ne trouve aucune explication locale de la mort, mais à l'autopsie les organes se montrèrent vides de sang.

Dans d'autres cas, la mort résulte d'une dilacération cer-

vico-segmentaire. Nous allons voir pourquoi cet accident est plus facile et plus grave chez la multipare que chez la primipare.

Depuis les recherches de Fieux sur la musculature utérine, nous savons que l'importance et la valeur tonique des fibres du col sont diminuées après des grossesses répétées. Les grossesses rendent le col plus friable en diminuant le nombre de ses fibres. De plus, on trouve souvent dans l'insertion basse du placenta des lésions d'endométrite chronique siégeant sur le col et sur le segment inférieur. La souplesse, la dilatabilité, la texture du col, s'en trouvent certainement modifiées.

On a pu comparer à juste titre le mécanisme des accidents dans le placenta prævia et dans la grossesse ectopique tubaire. Dans l'un et dans l'autre cas, les villosités placentaires, en traversant la muqueuse, vont dissocier les éléments pariétaux. Par ses villosités, par la migration des cellules fœtales qu'il envoie dans l'épaisseur de la paroi, le placenta contribue à diminuer la résistance de cette partie déjà si faible de l'utérus qui est le segment inférieur. Celui-ci n'est évidemment pas aussi faible que la paroi tubaire, et c'est pour cette raison que nous ne voyons pas d'accident pendant la grossesse. Beaucoup d'auteurs, cependant, ont pu constater de véritables fissures, qui sont responsables, non seulement des pertes de sang que l'on rencontre au cours du travail et pendant la grossesse, mais surtout des hémorragies secondaires tardives, que nous savons si redoutables.

Ce segment inférieur, altéré profondément par les villosités placentaires dont les éléments d'attaque, sans cesse en activité créatrice, dissocient les fibres musculaires, les amincissent, les usent, voit sa résistance considérablement diminuée et va se rompre en maints endroits à la moindre pression. Au lieu de la rupture nette qui se produit en forçant les cols normaux des primipares, on obtient ici une dissociation des éléments constitutants. On ouvre des vaisseaux, ou rupture des fibres musculaires et, lorsque l'hémorragie en nappe qui succède si souvent à l'hémorragie par inertie

du corps de l'utérus se produira, il ne restera plus aucun élément contractile pour faire l'hémostase.

Friabilité plus grande du segment inférieur, moindre résistance de l'organisme, voilà donc deux causes qui assombrissent le pronostic des hémorragies du placenta prævia chez la multipare. Mais cependant ce sont des éléments de pronostic insuffisants. A notre avis, le meilleur élément d'appréciation réside dans la connaissance de la résistance individuelle du sujet devant l'hémorragie.

Pour connaître le degré de résistance du sujet, on doit se baser sur l'étude de son équilibre cardio-vasculaire, qui l'établit d'une façon formelle. Balard a montré comment l'exploration oscillométrique constitue le meilleur élément d'appréciation de l'importance et du degré de ces hémorragies.

C'est sur l'étude de la tension artérielle des parturientes, et principalement sur celle de la valeur intrinsèque de la minima, que nous ferons le pronostic des hémorragies obstétricales brusques. Elle permettra de tabler sur l'importance de l'anémie pour juger de l'opportunité de la transfusion. Elle nous renseignera, en outre, sur les défenses organiques du sujet et sur sa résistance probable vis-à-vis d'une hémorragie nouvelle, ou de l'intervention que nous voulons pratiquer. Cependant, beaucoup de malades succombent, non pas tant du fait d'une spoliation sanguine trop considérable que par insuffisance des défenses organiques, qui ne permettent pas au système cardio-vasculaire de s'adapter à l'hémorragie.

L'étude du degré d'anémie, l'examen du sang, la recherche de la pression artérielle, seront donc systématiquement pratiquées chez des femmes ayant perdu beaucoup. La constatation d'une anémie globulaire, la diminution de l'hémoglobine au-dessous de 70 p. 100, la grande hypotension, nous feront porter un pronostic bien sombre.

Nous considérerons donc comme graves ces hémorragies, même peu abondantes, mais qui, par leur répétition, amènent les femmes à un profond degré d'anémie, nous disant que

chez elles la gravité du pronostic ne tient pas tant à l'abondance du sang perdu qu'à ses altérations.

Le déséquilibre cardio-vasculaire amorcé par l'hémorragie elle-même est encore aggravé par une méiopragie fonctionnelle du cœur ou des vaisseaux, quand ce n'est pas par des lésions cardiaques coexistantes.

Pour établir la résistance individuelle de chaque malade, il faudra donc dépister ces lésions cardiaques ou vasculaires. L'abaissement de la minima au cours de la grossesse ou du travail nécessitera, en plus de la décision opératoire, dont nous nous occuperons plus tard, un traitement général énergique. Les injections intraveineuses de sérum et la transfusion sont les moyens les plus efficaces et seront les plus employés.

Connaissant le degré de résistance de notre malade et sachant le danger qu'elle court du fait de sa parité et de l'état de son col, il va falloir prendre une décision opératoire. Quels sont les procédés qui sont à notre disposition et quelle est leur valeur intrinsèque?

LA VALEUR INTRINSEQUE DES METHODES

I. — Méthodes obstétricales classiques.

Nous comprenons là dedans la rupture des membranes, la version de Braxton-Hicks, le ballon de Champetier de Ribes et, enfin, l'évacuation extemporanée de l'utérus à la Delmas, qui, bien qu'il ne soit pas classique, n'en est pas moins un procédé obstétrical. Tous ces procédés, sauf la rupture des membranes, sont des méthodes obstétricales actives.

a) LA RUPTURE DES MEMBRANES. — En rompant la poche des eaux, en permettant l'écoulement du liquide amniotique, on diminue la pression interne de l'œuf, et surtout on supprime le tiraillement des membranes, qui est la cause du décollement placentaire, et par là même des hémorragies. Si nous ajoutons que ce procédé est absolument sans danger pour la mère et pour l'enfant, nous comprendrons pourquoi on le considère comme le moyen héroïque dans les hémorragies du placenta prævia.

Si le col est perméable, la rupture des membranes pourra être facilement pratiquée, à moins qu'il ne s'agisse de placenta prævia central, dans lequel elles sont inaccessibles. Toutes les fois que c'est possible, on doit donc tenter la rupture des membranes, et, dans bien des cas, on aura l'heureuse surprise de voir l'hémorragie s'arrêter et le travail progresser normalement.

Mais elle est impossible si le col est imperméable, comme il arrive chez certaines primipares à col long et fermé. Nous

verrons plus tard que de cette impossibilité à rompre les membranes, nous retirerons une indication pour choisir la voie haute.

De plus, parfois, ce procédé n'arrête pas l'hémorragie : il faut alors avoir recours à une autre méthode. Dans d'autres cas, le travail ne se continue pas toujours et la porte est ouverte à l'infection; alors, on n'aura pas à s'inquiéter de l'hémorragie, mais seulement de la marche du travail après rupture prématurée des membranes.

b) LA VERSION DE BRAXTON-HICKS. — Cette manœuvre a pour but d'engager un membre inférieur du fœtus dans le vagin, de façon à comprimer entre le siège de l'enfant et le bassin le placenta bas inséré. Ainsi se trouvent obstrués les orifices vasculaires béants et l'hémorragie s'arrête assez sûrement.

Les classiques accordent une grande valeur à cette méthode au point de vue des résultats maternels, et Hitschman, en 1921, publiant une statistique portant sur 501 cas, donne 0,6 p. 100 de mortalité maternelle.

Mais si les résultats maternels sont assez intéressants, il en est tout autrement des résultats fœtaux. Les enfants, en effet, sont véritablement sacrifiés, les chiffres de mortalité fœtale qu'on rencontre en consultant les statistiques oscillant entre 70 et 80 p. 100.

Précédée de la rupture artificielle des membranes, c'est évidemment une bonne méthode hémostatique. Mais elle n'est pas toujours possible. Pour la réaliser il faut une dilatation assez avancée, il faut que l'utérus ne soit pas rétracté au point d'empêcher l'évolution fœtale, car l'on peut risquer de faire une version incomplète et de transformer une présentation verticale en présentation transversale. De plus, on comprend combien l'intervention se compliquera lorsque, l'insertion étant centrale, il faudra traverser la masse placentaire. Ajoutons à ces difficultés les risques de rupture et d'infection que court la mère, le défaut énorme de ne pas tenir compte de la vie de l'enfant, et nous voyons le peu de valeur que garde cette méthode.

c) DILATATION ÉLASTIQUE PAR LE BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES. — Par son gonflement, le ballon comprime le placenta et provoque l'hémostase. Il contribue, d'autre part, à avancer la dilatation, et, jouant le rôle d'un pôle fœtal, tend à amener la formation d'un véritable segment inférieur.

Ce procédé a encore beaucoup de défenseurs. Si l'on fait la moyenne des statistiques publiées depuis 1909 jusqu'en 1922, on trouve approximativement 5 à 6 p. 100 de mortalité maternelle et 35 à 40 p. 100 de mortalité fœtale.

Mais le ballon est souvent difficile à placer et son introduction exige un certain degré de dilatation. En plus des grands risques d'infection qu'il fait courir à la mère, l'hémostase qu'on obtient est souvent insuffisante, la dilatation imparfaite, si bien qu'il est fréquemment nécessaire de terminer par une manœuvre manuelle sur le col. On peut encore reprocher à la pose du ballon de favoriser les présentations vicieuses, la procidence, la chute et la compression du cordon. Impossible chez les primipares, la pose du ballon dans le placenta prævia central augmente le décollement, et par là même l'hémorragie. Voilà donc encore un procédé très critiquable.

d) LA DILATATION MANUELLE. — Ce procédé de dilatation du col, dit « méthodiquement rapide », a connu une certaine faveur, mais les résultats désastreux qu'on obtient par ce procédé doivent à eux seuls le faire condamner. Entre les mains de Bonnaire lui-même, il a donné une mortalité maternelle de 14 p. 100 et une mortalité fœtale de 55 p. 100.

A chacune des méthodes classiques que nous venons d'exposer nous avons adressé des reproches propres, après lesquels ces méthodes gardent une valeur relative. Nous leur adresserons encore des reproches d'ordre plus général.

Le grand défaut des procédés obstétricaux réside dans le fait que, pour obtenir l'évacuation de l'utérus, ils semblent méconnaître non seulement les rapports particuliers qui existent entre le placenta et le segment inférieur, mais surtout les caractères de ce segment inférieur : son absence de con-

tractilité, sa grande fragilité. Ils ne tiennent pas assez compte de son rôle dans la production des ruptures utérines. Dans le chapitre précédent, nous disions combien était friable cette partie de l'utérus, altérée par les villosités placentaires. Sa résistance est tellement diminuée qu'il va se déchirer à la moindre pression. En particulier, chez les multipares où le col est toujours plus ou moins déhiscent, plus ramolli, il semble très aisément praticable, il *tente la main de l'accoucheur. Cette dilatabilité trompeuse, qui se double d'une friabilité que l'on mésestime, justifie et condamne à la fois la thérapeutique obstétricale active des hémorragies du placenta prævia.*

A ces dangers, souvent méconnus, s'en ajoutent d'autres, très graves, et sur lesquels tous les auteurs sont d'accord. Ce sont ceux de l'infection ultérieure. En effet, la plaie placentaire qui saigne au voisinage immédiat du vagin constitue la meilleure surface d'inoculation, même si l'on s'abstient de toute manœuvre. La rétention des caillots dans la cavité utérine favorise considérablement le développement de l'infection. A plus forte raison, si ces femmes, comme c'est fréquent, ont été touchées plusieurs fois, si l'on a, dans le but d'arrêter des hémorragies, pratiqué sur elles des manœuvres plus ou moins septiques. Le traumatisme à peu près inévitable du canal cervical au cours de l'extraction ou des interventions, l'ouverture des bouches lymphatiques dans ce milieu septique, sont autant de raisons qui favorisent l'éclosion de l'infection. Ajoutons à cela l'état de moindre résistance de ces femmes anémiées et affaiblies, l'absence de précautions prises parfois par l'accoucheur, pressé d'en finir devant le danger qui menace la mère, et nous comprendrons la fréquence des accidents infectieux que l'on peut rencontrer (30 p. 100 d'après notre statistique).

e) MÉTHODE D'ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS A LA DELMAS. — Sous ce titre on entend « un procédé qui permet, chez une femme, même non en travail et sans solution de continuité opératoire ou accidentelle des parties molles, l'issue

du contenu utérin, à l'heure délibérément choisie par l'accoucheur, en utilisant la souplesse rendue au canal cervico-segmentaire par la mise en œuvre de l'analgésie rachidienne » (Delmas, Réunion obst. et gyn. de Montpellier, févr. 1928).

Cette méthode, dit Delmas, trouve son indication dans le placenta prævia, où les hémorragies à répétition mettent la femme en péril grave, qu'il y a lieu de conjurer au plus tôt.

Certains ont voulu faire de cette méthode le procédé de choix de la thérapeutique du placenta prævia. Coll de Carréra a même rapporté récemment, au Congrès de Bruxelles, une série intéressante de cas cliniques traités de la sorte. A Bordeaux, Balard et Mahon ont aussi employé deux fois cette méthode dans le placenta prævia, avec succès pour la mère, sur des enfants de 1.800 et 1.230 grammes. Le fœtus de 1.800 grammes fut extrait vivant, mais succomba le lendemain. Dans les deux cas, les femmes étaient au septième mois de leur grossesse.

Que faut-il penser de cette méthode dans la thérapeutique du placenta prævia? Tout d'abord, nous savons que « la rachianesthésie est plus et mieux qu'une méthode d'anesthésie puisque, réalisant la section physiologique des racines postérieures de la moelle, voie du tonus, elle constitue un véritable « sésame » du col et permet ainsi, à peu de frais, de terminer l'accouchement » (Balard et Mahon).

Mais, par contre, l'évacuation extemporanée de l'utérus, *avant tout début de travail*, comporte des inconvénients qu'il convient de ne pas sous-estimer. Aussi nous adresserons à ce procédé plusieurs reproches :

D'abord, comme le fait remarquer Balard, n'est-ce pas là une façon nouvelle de rajeunir les anciennes méthodes obstétricales, dont nous venons de voir les dangers? On reproche à la dilatation manuelle les risques de déchirure et d'infection et le traumatisme auquel peut être soumis l'enfant au cours de l'extraction, si la dilatation complète n'est pas obtenue, surtout quand il est extrait par le siège. Certes, la dilatation manuelle du col est rendue plus facile et plus aisée,

grâce à son assouplissement par l'anesthésie rachidienne, mais elle conserve malheureusement les risques de déchirure et d'infection qui a eux seuls pourraient presque faire condamner les anciennes méthodes.

A propos des déchirures du col, Coll de Carréra, dans son dernier article sur *La Gazette d'accouchements de Montpellier*, dit qu'il n'en a jamais constaté sur les 15 cas qu'il rapporte, « tenant pour nulles ces petites déchirures du col de 1 à 2 centimètres, siégeant aux commissures, qui se produisent aussi dans l'accouchement le plus normal ». Cependant, nous croyons que si le fœtus est assez volumineux ces amorces de déchirure, faites pendant la dilatation, risquent fort de s'agrandir au moment de l'extraction. De plus, les déchirures du col ont été remarquées par la plupart des auteurs qui ont pratiqué le Delmas. Balard et Mahon en ont eu 3 fois sur 6 cas.

D'autre part, avec cette méthode, on peut redouter que la cessation brusque de l'hypertonie utérine ne soit la cause d'hémorragies brutales particulièrement redoutables. Nous en trouvons deux beaux exemples dans deux observations, l'une de Le Lórier, l'autre d'Audebert et d'Estienny (*Revue franç. de gynéc. et obstr.*, janv. 1929 et mai 1929).

A un autre point de vue, la rachi-anesthésie peut être formellement contre-indiquée dans le placenta prævia, en raison de l'hypotension qu'elle entraîne normalement, qui pourrait devenir dangereuse chez des femmes déjà anémiées et hypotendues par suite de l'hémorragie.

Dans les 15 observations rapportées par Coll de Carrera, nous relevons un décès de la mère dans un cas de placenta prævia marginal, et un décès d'enfant dans un cas de placenta prævia latéral. Si nous rapprochons ces décès du cas de mort survenu dans les mains mêmes de Delmas, dans un cas de placenta prævia central, nous voyons que la méthode n'est pas aussi innocente qu'elle le paraît *a priori*.

La méthode reste donc, pour le moment encore, une méthode d'exception, comportant au même titre que les autres

méthodes obstétricales des risques et périls, soit au point de vue des manœuvres, soit de l'infection, et même de l'anesthésie.

Pour toutes ces raisons, nous n'accorderons qu'une place assez minime à ce procédé dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia.

II. — Les procédés chirurgicaux.

De l'exposé des résultats obtenus avec les méthodes obstétricales classiques dans le placenta prævia se dégage l'idée suivante : toutes ces méthodes sont insuffisantes puisque celles qui sauvegardent au maximum les intérêts de la mère sacrifient celles de l'enfant; quand elles prétendent sauver l'enfant, elles font courir des risques très graves à la mère.

De l'insuffisance des procédés obstétricaux est né le traitement chirurgical de l'hémorragie du placenta prævia. « Dans la maison qui flambe, lorsque la porte est close, le sauveteur peut passer par la fenêtre. »

Plusieurs modes d'intervention s'offrent à l'accoucheur qui a opté pour la méthode chirurgicale. Nous n'en retiendrons que deux : la césarienne haute, corporéale, conservatrice, et la césarienne basse ou supra-symphysaire. Nous allons étudier successivement la valeur de chacune de ces méthodes.

a) LA CÉSARIENNE HAUTE. — La césarienne haute, conservatrice, avec incision du corps utérin, quel qu'en soit le siège, est, en effet, parmi les procédés chirurgicaux, un des plus simples dans sa technique. Elle résout rapidement le problème de la prompte évacuation de l'utérus, elle rend possible l'examen direct du corps utérin. Mais, pour donner de bons résultats, elle exige une condition primordiale : il faut qu'elle soit pratiquée dans les cas favorables, en dehors de toute atteinte par l'infection des voies génitales. Seul le cas « pur » est susceptible de retirer avantage de cette méthode. Et nous savons que le placenta prævia est à cet égard un mauvais cas

clinique. Le seul fait, en effet, que ces femmes présentent à la fin de leur grossesse des hémorragies à répétition nous oblige à les ranger dans les cas « impurs ». Les décollements progressifs du placenta servent de porte d'entrée naturelle à l'infection. Brindeau cite à ce sujet une observation typique : à la faveur de ces décollements, le streptocoque avait fait son ascension dans la paroi utérine où on put le découvrir.

De plus, comme nous le faisons remarquer plus haut, ces malades ont été toujours plus ou moins touchées, parfois même tamponnées et exposées par conséquent à une contamination certaine.

La valeur de la césarienne haute dans la thérapeutique des hémorragies du placenta præviâ est donc déjà bien diminuée du fait de la rareté du cas « pur » en dehors duquel elle ne saurait être employée sans dangers immédiats énormes.

Mais à côté de ces accidents immédiats liés à l'acte opératoire, il faut envisager toute une série de complications éloignées qui n'apparaîtront qu'au cours des grossesses ultérieures. La césarienne haute, en effet, laisse un utérus anormal, diminué dans ses moyens, et l'état de la cicatrice est à l'origine de multiples accidents tardifs. Bar prétend que dans 50 p. 100 des cas, il faut compter trouver des adhérences utéro-pariétales qui, quoique peu serrées, peuvent, au cours de nouvelles grossesses, gêner l'expansion utérine et expliquer certains accouchements prématurés et avortements. Fixées à l'intestin, ces brides peuvent causer des accidents et en particulier de l'occlusion intestinale.

Les complications liées à l'état de la cicatrice sont plus sérieuses. On ne peut pas être absolument certain de la solidité d'une cicatrice post-césarienne. Audebert, en se basant sur les statistiques des vingt dernières années, estime à 6 p. 100 les cas de rupture.

On comprendra, après toutes ces raisons, que nous ne laissons pas une large place à la césarienne haute.

b) LA CÉSARIENNE BASSE. — La césarienne basse, a dit Ba-

lard, est née d'une déficience de la césarienne haute. Comme on pourra le juger, c'est surtout dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia que cette phrase s'applique.

Les méthodes extrapéritonéales ayant été laissées à peu près définitivement de côté, c'est de la césarienne basse trans-péritonéale que nous allons parler.

Comme on a pu le voir aux résultats de notre statistique, dans les 12 cas où on a appliqué la césarienne basse au traitement des hémorragies par insertion vicieuse, nous avons eu des succès complets. Faut-il s'étonner de ces résultats ? Non, car la pratique de la césarienne basse dans le placenta prævia réalise un progrès énorme sur les autres méthodes chirurgicales. A quoi tient cette supériorité ?

Tout d'abord, en intervenant au fond du pelvis, l'isolement du péritoine est donc très satisfaisant. Il est plus facile aussi d'isoler la cavité péritonéale par des tampons, de sorte que le contenu de la matrice se répand difficilement dans la cavité abdominale. L'isolement du péritoine est encore grandement facilité par l'emploi de l'aspirateur, récemment préconisé par Andérodias.

La protection du péritoine importe autant pendant les suites opératoires que pendant l'intervention. Or, l'utérus, par sa mobilité et sa contraction, peut se couder et oblitérer le canal cervical. Mais dans la césarienne basse la suture utérine n'est le siège d'aucune contraction ; elle reste inerte et ne peut de la sorte exprimer le liquide dans la cavité péritonéale. C'est là qu'apparaît, manifeste, la supériorité de la césarienne supra-symphysaire.

L'avenir éloigné des femmes ayant subi une césarienne basse paraît nettement supérieur au point de vue obstétrical à celui des césariennes hautes. La solidité de la cicatrice du segment inférieur a été démontrée par des preuves cliniques et histologiques, et Wetterwald estime que la rupture de la cicatrice utérine lors des grossesses et accouchements ultérieurs est environ dix fois moins fréquente après la césarienne basse qu'après la césarienne haute.

Donc, meilleures suites immédiates quant à l'état général des opérées et surtout quant à la défense contre l'infection péritonéale; meilleur avenir à cause de la valeur de la cicatrice utérine, tels sont plusieurs avantages à l'actif de la césarienne basse.

On a fait à la césarienne basse des critiques nombreuses, mais nous allons voir qu'elles ne sont pas toutes fondées.

Tout d'abord on lui a reproché les difficultés de technique qu'elle entraîne, car elle est d'une réalisation plus difficile que la césarienne classique; l'abord du segment inférieur est moins aisé, l'extraction du fœtus moins facile qu'après la section de la paroi antérieure du corps de l'utérus. Cet argument n'a pas grande valeur car on peut dire que c'est une opération facilement réalisable par un chirurgien qui en connaît la technique.

On a craint aussi qu'avec la césarienne sur le segment inférieur celui-ci ne fût pas suffisamment formé pour permettre l'opération. L'expérience est venue apaiser ces craintes; l'opération est toujours possible. Sans empiéter beaucoup sur le corps, on opère, à peu de chose près, comme dans les cas habituels.

On a reproché aussi à la césarienne basse l'hémorragie dont s'accompagne la section du segment inférieur. On pensait, en effet, que la section de cette zone si vasculaire, surtout si le placenta est inséré en avant, gênerait beaucoup l'opérateur et mettrait même la femme en danger. Encore une fois, l'expérience a eu raison de ces appréhensions. Andérodias a même publié l'observation d'une malade de cet ordre dont le segment inférieur était sillonné de gros vaisseaux, du volume d'un crayon, qui inspiraient des craintes sérieuses. Ils s'affaiblèrent aussitôt après l'incision. On ne fut pour ainsi dire pas gêné par le sang; en tout cas, aucune hémorragie ne se manifesta.

Nous avons déjà vu que le gros danger, tant au point de vue hémorragique qu'au point de vue risques d'infection ultérieure, c'est surtout l'hémorragie par dilacération du segment

inférieur (en dehors évidemment des hémorragies par inertie du col utérin). Or, la césarienne a justement pour but de respecter cette zone dangereuse. Après la sortie de l'enfant, on peut observer un petit écoulement sanguin, mais dès que les sutures sont faites et que les anneaux musculaires qui tapissent le segment inférieur ont été coaptés, recouvrant ainsi leur intégrité fonctionnelle, le suintement s'arrête et ne se reproduit plus. De ce fait, les risques d'infection provenant de l'absorption par les nombreuses portes d'entrée que constituent les lésions du col et du segment inférieur sont ainsi écartés.

L'avantage énorme de la césarienne basse sur les autres méthodes chirurgicales réside dans le fait que cette opération, loin d'être contre-indiquée par l'infection, trouve souvent, au contraire, dans cette infection même, une indication formelle, puisqu'elle permet de vider l'utérus sans délai sans risques d'infection péritonéale. Balard dit avoir pratiqué des césariennes suprasymphysaires sur des malades qui faisaient 38 et 39 de température. Chez l'une d'elles, le liquide amniotique était franchement nauséabond; aussitôt après l'opération elle fit un frisson violent avec ascension thermique à 40°8. L'abdomen avait été drainé, et la malade guérit sans complications.

Pour certains auteurs, l'insertion du placenta en avant sur le segment inférieur est une contre-indication à la césarienne basse. Mais nous savons que le placenta est le plus souvent fixé en arrière, sa fixation sur la face antérieure du segment inférieur n'étant, pour certains, que l'extension de la position précédente. Quel que soit le mode d'insertion, la césarienne basse permet, au contraire, d'avoir sous les yeux le lieu exact de l'hémorragie et d'y porter remède.

Beuttner, à qui Desoubry demandait quelle opération il employait en cas de placenta prævia, lui répondit : « La césarienne basse est actuellement la seule technique pour toutes les opérations césariennes. »

Tels sont donc les avantages énormes de la césarienne basse

dans le placenta prævia. Malgré tout, comme nous le disions plus haut, au point de vue fœtal, il ne faut pas s'attendre à trouver une mortalité nulle; il faut compter avec les prématurés et les débiles. Au point de vue maternel, il en est de même. Il faut tenir compte d'abord du fait que certains malades nous arriveront à une période beaucoup trop tardive pour qu'elles puissent tirer profit d'une thérapeutique quelconque chirurgicale ou obstétricale. Intervenir dans ces cas-là, c'est courir vers l'insuccès certain. Aussi il faut s'efforcer de prévenir ces hémorragies qui compromettent la vie de la malade. Nous verrons plus tard la façon d'atteindre ce but.

Nous compterons ensuite avec la mortalité inhérente à la césarienne basse elle-même. D'après la statistique de Marassi portant globalement sur 4.166 cas (purs ou impurs), la mortalité de la césarienne basse ne dépasse pas 3 p. 100. Il est à peu près vraisemblable qu'on n'obtiendra jamais mieux, mais n'est-ce pas là un résultat excellent si on le compare aux résultats désastreux obtenus avec les procédés obstétricaux?

LES INDICATIONS RESPECTIVES DES DIFFERENTES METHODES

Maintenant que nous connaissons la valeur intrinsèque des méthodes obstétricales et chirurgicales, il va nous être facile d'en donner les indications précises.

a) LA RUPTURE DES MEMBRANES. — Ce procédé voit ses indications limitées du fait, comme nous le disions, qu'il n'est pas toujours possible. Mais, chaque fois que nous le pourrons, *nous devons mettre en œuvre ce procédé qui est absolument sans danger*. Par la rupture des membranes on tente l'épreuve du travail, qui doit, en principe, se terminer d'une façon spontanée. Contrairement à ce que dit Desoubry, on ne doit pas considérer la rupture des membranes comme le premier temps d'une thérapeutique plus active. Dans bien des cas, l'hémorragie s'arrête et nous n'aurons plus, par conséquent, qu'à laisser évoluer le travail et à attendre l'accouchement spontané. On n'interviendra que tout autant que l'état du fœtus l'exigera ou que des indications impératives, telle que l'élévation de température, viendront forcer la main de l'accoucheur.

Si, après la rupture des membranes, l'hémorragie ne s'arrêtait pas, ou si la dilatation ne se poursuivait pas, nous rejetterons toute manœuvre par voie basse et nous pratiquerons la césarienne.

b) LES MOYENS OBSTÉTRICAUX. — La brutalité et l'inefficacité de ces moyens, les résultats désastreux qu'ils donnent font que nous ne leur accorderons qu'une place très minime. Par là, nous entendons condamner les moyens de dilatation ou

de tamponnement tels que le Braxton-Hicks ou la dilatation manuelle ainsi que « toutes les manœuvres qui, sous le couvert d'une douceur apparente, comme les ballons, n'en sont pas moins des manœuvres de force, cause déterminante de la dilacération du canal cervico-segmentaire et des accidents qui en sont la conséquence inéluctable. »

Cependant, ces méthodes (Ballon-Braxton-Hicks) constituent un traitement d'extrême urgence à la campagne, loin de tout secours chirurgical, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie très abondante que la rupture des membranes n'a pas arrêtée, si le temps presse et si la dilatation est assez avancée. Mais, disons-le encore, nous ne devons avoir recours à ces procédés qu'en cas de nécessité absolue, si un diagnostic précoce n'a pu être porté.

Les méthodes classiques peuvent encore trouver une indication légitime lorsque la grossesse ne dépasse pas sept mois et demi. A cette époque-là, en effet, l'enfant n'est pratiquement pas viable, et on peut ne pas en tenir compte. De plus, ce fœtus de sept mois est d'un tout petit volume et on a plus de chances de ne pas provoquer de lésions en instituant le traitement obstétrical.

Telle est la place que nous donnons aux méthodes obstétricales classiques dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. En dehors des deux indications précises que nous venons de donner, c'est au bistouri que nous ferons appel.

c) MÉTHODE D'ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS A LA DELMAS. — Ce procédé aura encore une place très limitée car nous ne lui donnerons qu'une indication dans le placenta prævia. Malgré tous les reproches que nous lui adressions dans le chapitre précédent, nous verrons une indication de cette méthode lorsque le travail se déclenche prématurément. Dans ce cas, en effet, lorsque la femme a peu saigné, que l'équilibre cardio-vasculaire est satisfaisant, que l'enfant, peu volumineux, n'exige pas une dilatation extrêmement poussée, nous pensons que les effets hémostatique et dilatateur de la

rachianesthésie se conjuguent heureusement pour faire ici de la méthode de Delmas le procédé de choix, d'autant que le peu de vitalité du fœtus ne vaut pas qu'on fasse courir à la mère les risques, si minimes soient-ils, de la voie haute. De même, nous pensons que le procédé de Delmas pourra être préféré aux procédés obstétricaux habituels lorsqu'on se trouvera en présence d'une hémorragie très abondante nécessitant une intervention rapide et qu'on sera loin de tout centre chirurgical. Cependant encore, une hypotension marquée post-hémorragique serait une contre-indication formelle à l'emploi de l'anesthésie rachidienne.

d) LES MÉTHODES CHIRURGICALES. — Disons tout d'abord que si la césarienne haute, corporéale, peut être acceptée dans les meilleurs et les plus favorables des cas, on ne peut en dire autant en présence de ceux qui ne sont pas rigoureusement « purs » et qui sont la grande majorité. C'est pourquoi, en raison de l'extrême rareté du cas « pur » dans le placenta prævia, nous laisserons systématiquement de côté la césarienne haute pour ne nous occuper que des indications de la césarienne basse.

Dans le chapitre du pronostic, nous avons fait quelques réserves au sujet du traitement chirurgical. Nous allons voir que cependant la césarienne basse garde la plus grande place dans le placenta prævia.

Nous croyons déjà avoir fait entendre qu'il ne faut tout de même pas traiter par la césarienne tous les cas de placenta prævia. Avant tout il faut se baser sur la gravité des hémorragies et sur le degré d'insertion vicieuse (autant qu'il est possible cliniquement de le diagnostiquer).

S'il s'agit de petites hémorragies d'abondance moyenne et si l'examen clinique donne la certitude de l'insertion marginale, il faut pratiquer, comme nous le disions plus haut, la rupture des membranes. Si, après cette thérapeutique minima, l'hémorragie persiste et que la dilatation se fasse lentement, nous interviendrons par voie haute. Surtout il ne faudra pas tenir compte de la parité et, si paradoxal que cela puisse paraître à certains,

il faut être, si possible, encore plus interventionniste quand il s'agit de multipares et de malades âgées. Nous en avons donné la raison.

Si, parvenue au terme de sa grossesse, la femme est très anémiée, très affaiblie par les hémorragies liées à son insertion vicieuse, dans ce cas, si nous en avons le temps, nous ferons systématiquement l'étude du degré d'anémie et nous verrons dans la constatation d'une anémie globulaire, de la grande hypotension, une indication de plus à l'intervention chirurgicale. Ces femmes sont insuffisamment armées pour résister au shock obstétrical.

Dans le cas d'hémorragie brutale d'emblée, lorsque le doigt introduit dans le col tombe sur un placenta central ou plus ou moins recouvrant, il y aura intérêt à pratiquer, dès le début des accidents, avant d'attendre le travail, la césarienne basse « prophylactique ». On est intervenu plusieurs fois à la Maternité, dans ces conditions, avec succès complet.

Pour les cas où la discussion est possible, il faut faire l'épreuve du travail par la rupture des membranes et ici, comme pour la dystocie osseuse, l'épreuve du travail comporte seulement l'accouchement spontané ou la voie haute. Depuis trois ans, à la Maternité, on a voulu être éclectique et deux femmes sont mortes qui n'auraient sans doute pas succombé, si l'on avait décidé l'intervention systématique par voie haute dans tous les cas de placenta prævia où il y avait à discuter une intervention. Le fait que, dans quelques cas, ces femmes auront été touchées, peut-être même tamponnées, ne nous arrêtera pas, puisque nous savons, comme le disait Shickelé en 1923, que la césarienne basse, loin d'être contre-indiquée par l'infection, trouve souvent, au contraire, dans cette infection une indication formelle.

Quel mode d'anesthésie employer pour pratiquer la césarienne suprasymphysaire ? Il sera différent suivant les malades. L'anesthésie rachidienne réalise l'anesthésie de choix. En effet, l'exaltation de la contractilité utérine poussée à son maximum, provoque une action hémostatique indéniable. De plus, elle fa-

vorise le décollement du placenta; par suite de l'éversion des tranches de section, elle favorise la suture utérine. Il faut savoir aussi que la rachianesthésie provoque une hypotension notable qui pourrait devenir dangereuse chez la malade hémorragique déjà un peu hypotendue. Donc, contre-indication de la rachianesthésie chez des femmes qui ont beaucoup saigné. Avant de l'employer, nous ferons un examen préalable de l'état cardio-vasculaire du sujet. On l'emploiera avec les plus grandes chances de succès lorsqu'on opérera préventivement, en dehors de la période hémorragique, ou chez des femmes qui ont peu saigné.

Chez les grandes hémorragiques, nous emploierons l'éther, qui est un hypertenseur. Il est utile, pour faire contracter l'utérus et mettre à l'abri des hémorragies par inertie, de faire pratiquer, au moment d'inciser l'utérus, des injections d'ergotine et d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse.

Cette thérapeutique des hémorragies du placenta prævia a donné, nous l'avons vu, d'excellents résultats. Ils seront encore meilleurs si, comme nous le conseillons, on étend plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici les indications de la césarienne basse dans l'insertion vicieuse. Nous savons les chiffres de mortalité fœtale et maternelle qu'il faut nous attendre à avoir avec cette méthode, qui constitue un progrès énorme sur les méthodes classiques.

Par l'emploi de la césarienne, on concilie les intérêts maternels et fœtaux. Si donc nous pouvons faire le diagnostic précoce de l'insertion vicieuse, nous voilà maintenant bien armés pour défendre contre les hémorragies graves du placenta prævia, cause autrefois de tant de décès, les intérêts des mères et des enfants.

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies liées à l'insertion basse du placenta constituent une des plus redoutables complications de la puerpéralité, et leur thérapeutique n'a jusqu'à présent reçu aucune solution satisfaisante et donne au point de vue maternel et surtout fœtal une mortalité très élevée.

II. — De nos recherches, il ressort nettement :

a) Que la rupture des membranes, telle qu'elle a été conseillée jadis par Pinard, constitue la thérapeutique héroïque de ces hémorragies lorsqu'il s'agit d'hémorragies de moyenne intensité de placenta marginal et lorsque le travail succède normalement à la rupture des membranes. C'est là, en tout cas, une thérapeutique inoffensive au point de vue maternel et fœtal. Malheureusement, dans les variétés recouvrantes, les membranes ne seront pas accessibles; d'autre part, leur rupture n'arrête pas à tous coups l'hémorragie, et surtout le travail ne suit pas toujours l'ouverture de l'œuf.

b) Les méthodes obstétricales actives (ballon, dilatation bimanuelle, Braxton-Hicks) entraînent, d'après notre statistique, une mortalité fœtale expurgée, et imputable à la méthode, d'environ 50 p. 100 et une mortalité maternelle de 12 p. 100.

Contrairement aux données classiques, nous n'avons trouvé aucun cas de mort chez les primipares (sur 22 cas). Par contre, tous nos cas de mort se rapportent à des multipares « dont le col, plus ou moins déhiscent et ramolli, tente la main de l'accoucheur. Cette dilatabilité trompeuse, qui se double

d'une friabilité que l'on mésestime, justifie et condamne à la fois la thérapeutique obstétricale active des hémorragies du placenta prævia ».

c) L'extraction du fœtus par dilatation extemporanée du col sous rachianesthésie, malgré l'action spécifique de la rachi sur le col utérin, nous paraît n'être qu'un rajeunissement de ces méthodes obstétricales actives, que nous avons en principe condamnées. Du reste, cette méthode comporté par elle-même des risques et n'a pas toujours donné que des succès dans le placenta prævia entre les mains de ceux-là mêmes qui en furent les promoteurs. Ajoutons que l'hypotension des hémorragiques ne permet pas toujours la rachi.

De toute façon, c'est là une méthode sur laquelle on ne possède pas de documents suffisants pour se prononcer sur elle d'une façon définitive.

d) Les méthodes chirurgicales nous paraissent devoir se réduire, à l'heure actuelle, à la césarienne basse, la césarienne haute ne pouvant être pratiquée sans trop de risques en dehors des cas « purs ».

D'après notre statistique, la césarienne basse donne la sécurité maxima au point de vue maternel et ne paraît pas devoir comporter dans ces cas-là de risques différents de ceux qu'elle entraîne habituellement, sa mortalité étant de 3 p. 100.

Au point de vue fœtal, elle nous donne toute sécurité, à la condition, bien entendu, que l'enfant soit vivant au moment de l'intervention.

. III. — Avant d'instituer la thérapeutique de ces hémorragies, il convient d'essayer d'en établir le pronostic qui, ainsi que nous l'avons montré, sera basé d'une part sur l'examen local (état du col, variété d'insertion), mais surtout sur le degré de l'hémorragie et sur la résistance individuelle des parturientes. A cet égard, des examens sanguins et surtout une exploration oscillométrique de la tension artérielle nous permettront de baser notre opinion.

IV. — Dans ces conditions, voici comment se posent, à notre avis, les indications respectives des différentes méthodes à opposer aux hémorragies du placenta prævia.

a) La rupture des membranes devra toujours être pratiquée si elle est possible. On tentera alors en quelque sorte une épreuve du travail, qui devra se terminer d'une façon spontanée, ou, en cas d'échec, d'une césarienne suprasymphysaire.

b) Les méthodes obstétricales actives ne seront utilisées qu'en cas d'urgence absolue par un praticien isolé et devant l'impossibilité de tenter une autre thérapeutique.

c) Associées à la rachianesthésie, elles trouveront une indication meilleure devant des hémorragies à répétition, mais n'ayant pas encore atteint l'état de la malade, lorsqu'elles surviennent à une période de la gestation trop précoce pour qu'il y ait à tenir compte de la vie de l'enfant; du reste, son petit volume à cette période met à l'abri des accidents imputables à ce procédé.

d) La césarienne basse sera pratiquée d'emblée dans les variétés centrales, dans tous les cas d'hémorragies graves, dans lesquels la malade ne peut être exposée à une nouvelle perte de sang. Elle succédera enfin à la rupture des membranes, en cas d'échec ou d'arrêt du travail après l'emploi de ce procédé.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDERODIAS.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 31 mars 1930.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — Césarienne basse pour placenta prævia central.
Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn., 1927, p. 321.
- Utilité de l'aspirateur électrique au cours de la césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.
- AUBERT. — Un cas d'opération césarienne transpéritonéale basse pour placenta prævia. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1924.
- AUDEBERT. — La cicatrice utérine après la césarienne. *Gyn. et obst.*, 1923, t. VII, p. 487.
- BALARD. — Le critère oscillométrique, élément de diagnostic et de pronostic de l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité. *C. R. Soc. de biol.*, 17 juill. 1920.
- La tension artérielle minima, élément de pronostic des hémorragies graves de la grossesse. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, déc. 1914, p. 241.
- La césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. *Rev. de gyn. et d'obst.*, févr. 1930.
- BALARD et MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille médical*, 5 août 1925.
- A propos de six cas d'évacuation extemporanée de l'utérus. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1929.
- La rachi-anesthésie en obstétrique. *Journ. méd. franç.*, août 1929.
- BROUHA. — Faut-il réserver uniquement l'opération césarienne aux cas purs ? *Gyn. et obst.*, t. II, 1920.
- BURGER. — Les hémorragies de la section césarienne basse. *Bull. de la Soc. de gyn. et obst.*, mars 1929.
- CABANES et HOUËL. — Opération césarienne pour placenta prævia. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1928.
- COLL DE CARRÉRA. — Le traitement obstétrical du placenta prævia. *Gaz. d'acc. de Montpellier*, janv. 1930.

- COUVELAIRE. — Rapport au Congrès des gynécologues de langue française, 1921.
- DANFORTH. — Cinq ans d'expérience de la césarienne. *The Amer. Journ. of obst. and gyn.*, août 1928.
- DELMAS. — Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.
- DESOUBRY. — Thèse de Paris, 1925.
- FAVREAU. — Placenta prævia et opération césarienne. *Vie médicale*, Paris, 1925, VI, p. 1169-1172.
- GINGLINGER et TASSOVATZ. — La césarienne basse dans le traitement du placenta prævia. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, mars 1929.
- GUÉNIOT. — Discussion de la césarienne dans le placenta prævia. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mars 1929.
- GROSSE. — Traitement chirurgical des hémorragies par placenta prævia inséré sur le segment inférieur. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, août 1920.
- GUÉRIN, VALMALE et VERDEUIL. — A propos du Delmas dans le placenta prævia. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1929.
- KNIGHT QUIGLEY. — A study of 165 consecutive cesarian sections including a comparaison between 104 classical operation. *The Journ. of obst. and gyn.*, 1929, vol. XVII, p. 597.
- MAHON. — Les hémorragies de la fin de la grossesse. *Gaz. méd. du S.-O.*, 15 janv. 1930.
- PAUCOT. — Discussion sur la césarienne dans le placenta prævia. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926, p. 225.
- RAMOS et BASON. — Traitement du placenta prævia. *Obst. et gyn.*, juill. 1925.
- SHICKELÉ. — Des interventions chirurgicales pendant l'accouchement. *Gyn. et obst.*, t. I, 1820, p. 19.
- VANWERTS. — Césarienne sur le segment inférieur pour placenta prævia. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1922.
- WOIMANT. — Deux observations de césarienne pour placenta prævia. *Arch. méd. chir. de province*, Tours, 1926, XVI.

